UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 65

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU CERVELET

THÈSE

Présentée publiquement et soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1922

PAR

ANTOINE TEISSEIRE

Né à Grasse, le 6 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ESTOR, professeur, président.
MOURET, professeur
RICHE, agrégé
RIMBAUD, agrégé

Assesseurs

ANTIBES
IMPRIMERIE F. GENRE et Cie
8, Rue de la République

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU CERVELET

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	GRYNFELTT. VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, doyen.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONN.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS(H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT. FORGUE,assesseur
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargé de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.)
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. LAPEYRE. ETIENNE.
Anatomie	DELMAS (J.)	Accouchements	DELMAS (P.).
Chimie	MESTREZAT.	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
		Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. ESTOR, professeur, président. | MM. RICHE, agrégé.
MOURET, professeur. | RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 65

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU CERVELET

THÈSE

Présentée publiquement et soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

ANTOINE TEISSEIRE

Né à Grasse, le 6 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ESTOR, professeur, président.
MOURET, professeur
RICHE, agrégé
RIMBAUD, agrégé

Assesseurs

ANTIBES
IMPRIMERIE F. GENRE et Cie
8, Rue de la République

1922

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE, A MES TANTES

A TOUS MES AMIS

A. TEISSEIRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

Hommage respectueux

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A. TEISSEIRE.

PRÉFACE

Le dernier acte de notre scolarité sera une contribution à l'étude des abcès du cervelet.

Avant de l'accomplir, nous nous faisons un agréable devoir de remercier Monsieur le Professeur ESTOR qui a bien voulu nous réserver l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous exprimons aussi notre gratitude envers nos Maîtres de la Faculté de Montpellier et de l'Ecole de Marseille qui nous ont guidé dans l'étude d'une science belle entre toutes, puisqu'elle lutte contre la souffrance humaine.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547022_0095

INTRODUCTION

Le diagnostic d'abcès du cervelet étant particulièrement difficile à établir, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'apporter, à propos d'une observation nouvelle, notre modeste contribution à l'étude de cette question si importante de la pathologie nerveuse.

Après avoir exposé dans le détail l'observation qui constitue la base même de cette thèse, nous nous sommes attaché à noter la physionomie clinique de l'affection, à montrer les difficultés de son diagnostic, et surtout à préciser, parmi l'ensemble si complexe des symptômes communs aux tumeurs ou abcès intra-crâniens, ceux plus particuliers à l'abcès cérébelleux qui, dans la pratique, sont le plus souvent masqués par les premiers.

Et, comme en médecine, tout diagnostic doit avoir pour but la guérison ou le soulagement du malade, nous nous sommes appliqué, dans un dernier chapitre consacré au traitement, à indiquer quelle conduite il faut tenir dans les cas d'abcès du cervelet, principalement quand on se trouve en présence d'un abcès cérébelleux d'origine otique que nous avons eu plus spécialement en vue au cours de cette étude.

OBSERVATION

(*due à l'obligeance de M. le Docteur* MORIEZ)

B... est un récupéré, âgé de trente-quatre ans. Réformé antérieurement à la guerre, maintenu en réforme en 1914, il fut, par contre, pris bon pour le service armé en 1917. Il vint comme consultant pour « débilité mentale » au Centre de Neuro-Psychiâtrie de la XVI[e] Région, le 8 février 1918; il présentait alors un écoulement purulent de l'oreille gauche tellement abondant qu'il fut aussitôt envoyé en consultation au Centre d'Otologie, où M. le Médecin-Major SEIGNEURIN décida son admission d'urgence, après avoir porté le diagnostic suivant :

« Otite moyenne suppurée chronique gauche avec réaction mastoïdienne ; sclérose tympanique droite et rhinite légère. »

Le 9 février 1918, B... entra dans le Service d'Oto-rhino-laryngologie, où il fut opéré. Voici un extrait de l'observation prise dans ce service :

« Otite moyenne suppurée gauche; le pus s'écoule en abondance; la mastoïde est sensible au niveau de sa pointe et de sa région postérieure. Les parties sensibles sont légèrement congestionnées et tuméfiées. Cette tuméfaction se remarque surtout au-dessous et en arrière de l'apex. »

A 16 heures, le jour de l'entrée, la température atteint 40°. B... souffre beaucoup de la tête, il a des nausées, sa langue est sèche et rôtie. Alors que, le matin, il est venu à pied, il se déclare incapable d'aller tout seul à la salle d'examen, où l'on doit le transporter. Un examen plus précis montre la valeur des symptômes déjà signalés : on décide d'intervenir.

Une mastoïdectomie gauche est pratiquée. L'incision, rétro-auriculaire, traverse des tissus lardacés, surtout au

niveau de l'apex; le pus apparaît à la partie postéro-inférieure de la mastoïde.

On fait une trépanation transpinoméatique; on trouve un tissu spongieux à petites cellules très congestionnées avec un autre petit, profond, haut placé et contenant du pus. Tout autour de l'antre se rencontrent de petites cellules purulentes, la région sous-antrale est spongieuse et offre également de petites cellules purulentes. L'apex est ruginé; la corticale peu épaisse (deux millimètres environ) est enlevée. Un amas de cellules moyennes, remplies de pus, apparaît sur toute la surface dégagée. On curette le tout. Le massif du facial est ongé par une grosse cellule purulente.

Sous cette couche cellulaire superficielle, on découvre une cellule médiane près de la pointe, puis une autre plus postérieure qui donnent issue à du pus. C'est là l'origine de la collection musculo-cellulaire mastoïdienne à siège postéro-inférieur. Tout l'apex est enlevé, l'opération est complétée à la pince-gouge.

Le 10 février, la nuit fut assez agitée : quelques vomissements glaireux, fièvre à 40°. L'opéré se plaint de la tête et des jambes; la langue est toujours rôtie; on constate un peu de raideur générale. Une ponction lombaire est pratiquée, on retire quinze centimètres cubes de liquide opalescent. Ce liquide contenait des polynucléaires et des cocci paraissant être des streptocoques. On pratique, en même temps, une prise de dix centimètres cubes de sang, en vue d'une hémoculture.

Le lendemain, l'opéré continue à souffrir de la tête, sa langue est toujours sèche, les urines abondantes. On refait le pansement. Le drain fonctionne bien. Une deuxième ponction lombaire donne issue à dix centimètres cubes de liquide qui s'est éclairci. La température reste à 38°.

Le 12 février, la nuit a été plus calme. B... va mieux. Une troisième ponction révèle un liquide plus clair encore que celui de la veille. L'état général se relève, la céphalalgie diminue, la fièvre est à 38°. Le drain est enlevé dans l'après-midi.

Le 14 février, la journée est moins bonne. La fièvre remonte, la céphalée s'accuse. On pratique une quatrième

ponction lombaire à liquide très clair avec mononucléaires.

Le 15 février, la nuit est un peu meilleure. On note de la lenteur du pouls.

Le 16 février, l'état général se maintient le même; la plaie opératoire a une évolution satisfaisante. A noter qu'il n'existe aucun symptôme objectif net à aucun point de vue. B... va mieux; mais la température est toujours de 39° le soir et le pouls est toujours lent. Depuis cette date, l'amélioration s'accentue progressivement.

Le 22 mars, il ne persiste qu'un peu de suintement de l'oreille et un reliquat de plaie non encore cicatrisé.

A ce moment, on n'observait plus que de la torpeur cérébrale en rapport possible avec la débilité mentale du malade et quelques troubles moteurs, symptômes nerveux pour lesquels B... est envoyé au Centre de Neuro-psychiâtrie.

A son entrée dans ce service, le 22 mars, B... arrive à pied, aidé par un infirmier. Il a l'air obnubilé et donne, à première vue, l'impression d'un homme dont l'économie est profondément infectée. Il se plaint de froid aux jambes et de céphalalgie à la région occipitale gauche. Il dit qu'il dort assez bien, qu'il a de l'appétit, mais qu'il souffre de l'estomac, le matin. Il n'a pas de vertige. Sa mémoire est assez bonne. Ce qui domine chez lui, c'est l'indifférence, l'hébétude et l'aspect cachectique. Son corps a une tendance à verser du côté gauche, et c'est ainsi qu'il se présente à nous, assis sur une chaise, affaissé vers la gauche. Il se plaint de ne pouvoir marcher seul et d'être très faible.

Au premier examen, on constate un état parétique du bras gauche avec mouvements involontaires de la main qui ne peut rester immobile, même lorsqu'elle s'appuie sur la cuisse. Il y a un peu d'affaissement des traits du côté gauche de la face, la langue n'est pas déviée, les pupilles sont égales. Les réflexes tendineux de tout le côté gauche sont exagérés.

Au point de vue intellectuel, il semble y avoir affaiblissement généralisé des facultés mentales; néanmoins, l'affectivité est conservée.

B... est admis dans le Service.

A un second examen plus minutieux. B... fait remonter

à un mois et demi environ le début de la maladie, qui fut marqué par des frissons, suivis d'un écoulement d'oreilles.

Il présente une parésie très nette de tout le côté gauche sans atrophie musculaire notable. Les réflexes rotulien et tricipital gauches sont exagérés; les réflexes cutanés plantaires sont normaux. Il n'y a pas de signe de Kernig, mais il semble exister un certain degré de raideur de la nuque.

Le malade étant couché, la flexion de la cuisse gauche sur le bassin détermine immédiatement la flexion de la jambe gauche sur la cuisse : il y a donc de toute évidence un peu de réaction méningée, malgré l'absence d'inflexion de la jambe lorsqu'on asseoit le malade.

Nous remarquons à nouveau l'absence de toute déviation de la langue, l'intégrité du facial supérieur des deux côtés; néanmoins, il existe un certain degré de lagophtalmie à gauche et, de plus, B... ne peut pas siffler. Le nerf facial paraît donc légèrement atteint, mais cette atteinte ne porte pas sur sa totalité; aussi rejetons-nous d'emblée la possibilité d'une lésion même légère de ce nerf au niveau de son trajet pétreux dans le voisinage du foyer purulent mastoïdien.

B... exécute si mal les mouvements qu'on lui commande que l'examen est très difficile et que nous ne pouvons pas noter s'il existe ou non de l'incoordination motrice.

La parole est très lente, mais il n'y a pas d'aphasie, à proprement parler.

Le malade se plaint de douleurs occipitales gauches très violentes, s'exacerbant le soir, mais n'empêchant pas la somnolence. La pression, au niveau de la fosse cérébelleuse gauche, exagère cette céphalalgie et arrache une plainte au malade. Le pouls est à 68. On note un peu de congestion des bases pulmonaires et de la rate. Malgré la pauvreté de cette symptomatologie, on continue à penser à l'existence d'un abcès intra-crânien, sans toutefois trouver de signes nets de localisation.

Dès le 24 mars, B... tombe dans une sorte de coma vigil d'où le font sortir les sollicitations énergiques.

Le 26 mars, le coma s'accentue, le poumon droit présente des râles de congestion; la température, qui était à peine au-dessous de 37°, s'élève brusquement. Dans la nuit,

un vomissement se produit sans efforts. On observe à partir de ce moment un nystagmus horizontal des deux yeux. L'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune lésion du fond de l'œil.

Le 27 mars, état général plus grave. On fait une ponction lombaire qui donne issue à un liquide limpide, mais fortement hypertendu.

Le 1er avril, pouls à 104; langue vernissée.

Le 4 avril, la torpeur augmente, le pouls est à 96; la température est redevenue normale après une défervescence assez brusque; un érysipèle se déclare à la région fessière. Une nouvelle ponction lombaire nous montre un liquide très hypertendu. L'état général s'aggrave de plus en plus et la mort survient, le 12 avril, dans le coma.

AUTOPSIE

Elle est faite le 13 avril.

A l'ouverture du crâne, la face externe de la dure-mère paraît normale. Cette membrane réclinée, les régions frontale et pariétale des deux côtés ont une teinte gris-perle qui tranche sur la teinte gris-rosé normale de la région occipitale et qui paraît due à un œdème léger venant troubler la transparence de la pie-mère.

Aucun excès de liquide céphalo-rachidien à l'ouverture des méninges, mais le cerveau a une consistance molle. Les deux hémisphères sont franchement fluctuents, surtout celui de droite, et il s'écoule une grande quantité de liquide clair par l'aqueduc de Sylvius, lorsqu'on sépare le cervelet.

A) *Cerveau* : *a) hémisphère gauche* : Dilatation considérable du ventricule moyen, se faisant surtout aux dépens du manteau, dont les circonvolutions sont refoulées et amincies. Les plexus choroïdes sont rouges, mais non gonflés.

b) hémisphère droit : Dilatation encore plus considérable du ventricule latéral, ayant provoqué par compression un amincissement énorme des circonvolutions correspondantes.

A la coupe, on constate que la couronne rayonnante est très amincie, surtout vers le tissu moyen de la face externe du cerveau. A ce niveau, les circonvolutions paraissent formées par une masse pulpeuse gris-jaunâtre, friable, où l'on ne distingue plus les couches blanches sous-jacentes. C'est une vaste zone de ramollissement diffus.

B) *Cervelet* : Le lobe gauche est occupé par un large abcès chaud à pus crémeux, verdâtre, contenant des streptocoques en abondance.

L'examen de la base du crâne et surtout du rocher ne fait rien constater d'anormal.

Les *poumons* présentent des lésions de broncho-pneumonie double.

Les lésions macroscopiques sont donc, en résumé :

1° Abcès du lobe gauche du cervelet;

2° Hydrocéphalie bilatérale;

3° Ramollissement de la substance grise des zones motrices droites.

L'examen histologique a montré les détails suivants.

Cerveau, région rolandique : Pas de méningite. La couche de BETCHEREW est généralement normale ainsi que les vaisseaux qui la traversent. Dans certains points, cependant, elle est semée de petits noyaux nombreux irrégulièrement dispersés et sans rapport avec les vaisseaux. La couche des cellules motrices est, en général, normale, avec des éléments se colorant bien. Mais dans les points qui correspondent à l'infiltration de la couche de BETCHEREW, les cellules motrices paraissent comme dissociées par l'œdème et se colorent moins vivement. Les altérations intéressent surtout la substance blanche sous-jacente. Celle-ci présente une infiltration par plans très intense avec noyaux inflammatoires, disposés en séries linéaires entre les fascicules nerveux et répondant aux capillaires. Quelques vaisseaux plus volumineux sont thrombosés avec des parois en voie de nécrose se colorant mal. Il existe enfin, en différents points, des hémorragies interstitielles.

Ces altérations, qui se compliquent d'une dissociation œdémateuse des éléments, vont en augmentant de la limite inférieure de la substance grise à la surface du ventricule.

Nous n'avons pas trouvé de microbes dans la substance grise; par contre, au voisinage du ventricule, nous avons trouvé quelques diplocoques.

En résumé, il y a dans cette région de l'écorce une encéphalite aiguë dont le point de départ est la région ventriculaire et qui a entraîné une infiltration inflammatoire de la substance blanche et des thromboses qui expliquent les troubles moteurs observés pendant la vie.

Poumons. — L'examen histologique du poumon montre des alvéoles pleins de sang, véritable apoplexie pulmonaire, et parfois des amas infectieux occupent le calibre des petites bronches ; cependant, il ne s'agit pas là d'une bronchopneumonie classique avec inflammation intra et péri-bron-

chique. En certains points, les traînées inflammatoires sont péri-vasculaires et certains vaisseaux sont bourrés de leucocytes très vivaces; en sorte qu'il est difficile d'établir histologiquement si le point de départ de l'infection est respiratoire ou s'il n'est pas plutôt d'origine vasculaire.

COMMENTAIRES CLINIQUES. — DIAGNOSTIC

Si l'on en juge par l'énoncé détaillé de l'observation qui précède, la symptomatologie des abcès cérébelleux ne laisse pas que de manquer de netteté. Résumons, en effet, les symptômes observés:

Comme symptômes fonctionnels, nous avons noté de l'obnubilation qui s'est progressivement accrue jusqu'à devenir somnolence, puis coma, lequel s'est terminé par la mort; un affaiblissement général des facultés mentales sans toutefois atteinte notable de l'affectivité ; pas de vertige nettement caractérisé, mais une tendance à verser du côté gauche, par conséquent du côté de la lésion; enfin une céphalalgie occipitale gauche, spontanée et provoquée, qui, nulle au début, a augmenté peu à peu, jusqu'à être excessivement violente aux derniers moments.

Comme signes physiques, nous avons constaté : une parésie de tout le côté gauche, sans atrophie musculaire ; une légère lagophtalmie de l'œil gauche avec nystagmus horizontal bilatéral sans lésion du fond de l'œil; de l'exagération des réflexes tendineux du même côté que la lésion ; un peu de raideur de la nuque sans KERNIG; des râles de congestion pulmonaire; quelques vomissements sans effort. Le pouls est resté sensiblement normal pendant toute la durée de la maladie. A deux ou trois reprises seulement, on a noté un léger ralentissement qui n'avait rien du ralentissement continu et durable des lésions encéphaliques. La température ne s'est élevée d'une façon inquiétante qu'au moment de la mastoïdite et vers la fin de la maladie.

A bien considérer les choses, de tous les symptômes, subjectifs et objectifs, que nous venons d'énumérer, il n'y en a pas un qui soit spécial au cervelet, pas un qui ne soit justiciable d'un autre organe.

L'affaiblissement des facultés mentales, l'hébétude, la

dénutrition et l'amaigrissement rapides se retrouvent fréquemment en neuro-psychiâtrie, en l'absence de toute lésion cérébelleuse. Le vomissement « en fusée », sans effort, est commun à bon nombre d'affections cérébrales ou méningées. La parésie de tout un côté du corps avec exagération des réflexes tendineux correspondants peut indiquer seulement une atteinte des centres moteurs cérébraux du côté opposé. La céphalée, le ralentissement du pouls ne sont souvent que l'expression clinique de l'hypertension intra-crânienne. La fièvre irrégulière avec frissons est la fièvre de toutes les suppurations importantes.

Ainsi donc, la généralité des symptômes observés pouvait faire songer à une lésion encéphalique, voire même à un abcès intra-crânien, mais sans permettre d'en préciser le siège.

Deux d'entre eux, cependant — qui malheureusement furent masqués par les autres — auraient pu mettre sur la voie du diagnostic exact : c'étaient la céphalalgie occipitale gauche spontanée et provoquée par la pression, et la tendance du sujet à toujours verser du côté gauche.

Ce dernier signe n'était, à la vérité, que l'ébauche d'un symptôme très important dans la pathologie du cervelet, nous voulons parler de la titubation ébrieuse, due au vertige ordinairement accusé par les cérébelleux. Ces malades disent, en effet, habituellement, que la tête leur tourne, qu'ils voient les objets tourner autour d'eux — ce qui les amène à trébucher et à faire des chutes, en général toujours du même côté, celui de la lésion.

Quant à la céphalalgie, limitée à la région occipitale, c'est un symptôme qui se rencontre dans la plupart des observations d'abcès du cervelet. La douleur est spontanée, mais peut être aussi, comme dans notre cas, provoquée par la percussion au niveau du point occupé par l'abcès.

On voit par là combien peu caractéristique est la séméiologie de l'abcès cérébelleux. Et encore il ne se présente pas toujours à notre observation avec un tel luxe de symptômes. Souvent le tableau clinique est le suivant :

Un malade a eu, dans son bas-âge, une otorrhée à la suite de laquelle ont persisté une surdité plus ou moins com-

plète et un écoulement continu ou intermittent. Cet état de choses persiste pendant un certain laps de temps, quelquefois pendant de nombreuses années. On sait, en effet, combien grande est la tolérance du cervelet vis-à-vis des lésions dont il est le siège. Soudain, éclatent des phénomènes encéphaliques qui plongent le malade dans un état comateux plus ou moins marqué et la terminaison ne se fait pas longtemps attendre si l'on n'intervient pas.

Dans ce cas, nous devons avouer qu'il est fort difficile de diagnostiquer la lésion causale.

Est-ce à dire pour cela qu'on ne puisse jamais faire le diagnostic d'abcès du cervelet ? Non, certes, et nous croyons que les symptômes énumérés au début de ce chapitre, quand ils se trouvent réunis, constituent un tableau clinique assez complet; mais il est dans la plupart des cas impossible au clinicien d'affirmer l'existence d'un abcès cérébelleux. Tout ce qu'il peut faire, c'est, sur certains symptômes (signes de suppuration interne, signes d'hypertension intra-crânienne) survenus chez un malade, atteint d'otite suppurée et coïncidant avec des phénomènes de mastoïdite, de fonder l'existence probable d'une complication intra-crânienne. « Le diagnostic se complète au cours de la trépanation de « la mastoïde. » (FORGUE).

A cette difficulté de diagnostic de la lésion en elle-même viennent s'ajouter celles du diagnostic différentiel dans certaines affections.

Les vertiges stomacal et anémique, la névralgie occipitale, quoique présentant des analogies avec les lésions que nous étudions, ne sauraient être longtemps confondus; non plus que l'ataxie locomotrice ou le tabes spasmodique. Mais il n'en est pas de même des lésions de l'oreille interne (otite et hémorragie labyrinthiques). En effet, les lésions des canaux semi-circulaires amènent des troubles identiques à celles du cervelet et des pédoncules cérébelleux. Les manifestations pathologiques sont analogues et dans ce cas le diagnostic est à peu près impossible.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Dans l'observation que nous avons rapportée, le micro-organisme, cause de l'affection, était le streptocoque. Mais d autres microbes ont été également rencontrés dans les abcès cérébelleux, tels les staphylocoques blanc et doré, le pneumocoque.

Les germes infectieux proviennent le plus souvent de l'oreille; en effet, les trois quarts des abcès cérébelleux sont d'origine otique. Dans ce cas (et c'est surtout celui que nous avons en vue au cours de cette étude), l'affection est consécutive le plus souvent à une otite moyenne suppurée chronique (A. ROBIN). On a cependant cité des cas d'abcès du cervelet consécutifs à une otite externe (TOYNBEE, KIPP, ZAEUFAL); ordinairement, les otites aiguës suppurées occasionnent plutôt ou des méningites ou de la thrombose des sinus.

Donc, étant donné un abcès cérébelleux d'origine otique, on peut se demander comment se fait la propagation de l'infection, de l'oreille au cervelet.

Elle a lieu le plus souvent par continuité. On se trouve alors en présence d'une collection purulente dans un lobe cérébelleux largement ouvert du côté de la dure-mère qui offre elle-même une perforation, et l'on aperçoit au même niveau soit une solution de continuité, soit une lésion destructive du rocher.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et dans un certain nombre de cas, le nôtre par exemple, on rencontre à l'autopsie, une couche de substance cérébelleuse saine plus ou moins considérable entre la surface du rocher et le foyer purulent. En conséquence, on ne peut invoquer la propagation par continuité.

Pour expliquer le mécanisme de ces lésions à distance

de nombreuses hypothèses ont été émises, parmi lesquelles celles qui nous paraissent les plus rationnelles sont celles qui admettent la transmission par voie sanguine. Cette transmission peut se faire : soit directement, par l'intermédiaire des vaisseaux multiples qui font communiquer la cavité de la caisse avec l'endocrâne à travers le crible constitué par la face supérieure du rocher; soit indirectement par l'intermédiaire de la circulation générale. L'abcès cérébelleux n'est alors qu'un abcès métastatique.

Notre cas nous semble relever de cette dernière interprétation pathogénique. Nous pensons volontiers qu'il y a eu diffusion par voie sanguine d'un microbe à point de départ otique. Cette hypothèse nous paraît justifiée par l'intégrité de la face endocrânienne du rocher, ainsi que par les lésions cérébrales et pulmonaires concomitantes.

Il s'est agi là, somme toute, d'une septicémie à localisations pulmonaire, cérébrale et cérébelleuse.

PRONOSTIC

L'abcès du cervelet constitue une affection extrêmement grave; c'est une des complications les plus redoutables de l'otite moyenne suppurée. La gravité particulière de cette lésion est due à ce que la non-intervention entraîne rapidement une terminaison fatale et que l'intervention est souvent retardée à cause de l'incertitude du diagnostic.

Nous avons fait remarquer, en effet, combien peu caractéristique était la séméiologie de l'abcès cérébelleux. On aimerait n'intervenir qu'à coup sûr étant donnés les risques de l'opération, provenant des réelles difficultés dues à la topographie de la région qu'il faut traverser pour aborder l'organe profondément situé.

TRAITEMENT

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint depuis plus ou moins longtemps d'une otite moyenne suppurée et qu'il survient des accidents encéphaliques, l'indication est d'intervenir pour assurer, par la trépanation de la mastoïde et de la caisse, l'évacuation parfaite de l'oreille moyenne.

S'il y a abcès du cerveau ou du cervelet, deux hypothèses peuvent se produire : ou bien on est conduit de proche en proche en curettant l'os carié jusqu'au foyer purulent; dans ce cas on le vide et on draine; — ou bien, après avoir curetté avec soin tout le tissu osseux carié, on tombe sur l'os sain. Il nous semble alors qu'on est parfaitement autorisé à se conduire de la façon suivante : continuer la trépanation par la voie mastoïdienne jusqu'à la dure-mère et si celle-ci n'est le siège d'aucun battement (signe de ROSER), faire dans le lobe temporal une ponction exploratrice. Dans le cas où cette ponction ne donne pas issue au pus, agrandir carrément la brèche mastoïdienne en arrière et faire une nouvelle ponction exploratrice au niveau du cervelet.

Cette intervention offre incontestablement un caractère de haute gravité, mais on ne peut que la juger nécessaire quand on songe que c'est la dernière chance de salut du malade, si le diagnostic d'abcès intra-crânien est exact.

CONCLUSIONS

I. — L'abcès du cervelet est une complication assez fréquente de l'otite moyenne suppurée chronique. Il peut coexister avec d'autres lésions de même origine : abcès du cerveau, thrombose des sinus, méningite, lésions viscérales.

II. — La symptomatologie de l'abcès cérébelleux est en général peu caractéristique : aussi le diagnostic présente-t-il de nombreuses difficultés. On peut soit le confondre avec les lésions labyrinthiques qui offrent la même séméiologie, soit se trouver dans l'impossibilité de préciser le siège d'un abcès intra-crânien : cerveau ou cervelet.

Quelques signes cependant sont plus particuliers aux abcès du cervelet : titubation ébrieuse avec vertiges et tendance à verser du même côté que la lésion, céphalalgie occipitale spontanée et provoquée.

III. — Dans l'abcès cérébelleux d'origine otique, la propagation de l'infection de l'oreille au cervelet peut se faire soit par continuité (carie du rocher), soit par l'intermédiaire des vaisseaux ou du tissu conjonctif péri-vasculaire, qui à travers le tegmen tympani mettent en communication la caisse avec la fosse cérébelleuse moyenne; soit enfin par l'intermédiaire de la circulation générale. Dans ce dernier cas, l'abcès du cervelet n'est autre chose qu'un abcès métastatique évoluant au cours d'une septicémie à localisations le plus souvent multiples.

IV. — Le pronostic étant toujours fatal dans le cas de non-intervention, il est indiqué d'intervenir chaque fois que des accidents encéphaliques viennent compliquer une otite moyenne suppurée, même si le diagnostic de siège est hésitant.

Il convient alors, après trépanation de la mastoïde, d'explorer d'abord le lobe temporal, puis en cas d'insuccès, d'agrandir en arrière la brèche mastoïdienne et de faire une ponction exploratrice au niveau du cervelet.

BIBLIOGRAPHIE

BONNAFONT. — Phénomènes nerveux attribués aux canaux semi-circulaires et venant d'ailleurs, *Traité des Maladies des Oreilles*, Paris, 1870.

BOTTARD. — Abcès du cervelet, *Normandie médicale*, 15 novembre 1887.

BOULANGIER. — Otite moyenne avec abcès du cervelet, *Presse Médicale Belge*, t. XXXIX, p. 57, 1887.

BROSSET. — Des connexions du cervelet, Th. de Lyon, 1891.

BUBICIONI. — Un abcès du cervelet d'origine otique, signalé par Giovanni Branchi, en 1749. « Comptes rendus de la Clinique O.R.L. de l'Université de Rome », 1907.

CAPDEVILLE. — Abcès du lobe droit du cervelet consécutif à otite moyenne, *Journal Médical* de Bordeaux, p. 5, 1884.

CHIPAULT. — Abcès sous-dure-mérien de la région mastoïdienne; trépanation; carie du rocher; abcès du cervelet. Soc. Anat. Paris, nov. 1888.

FROIBISE. — Abcès du cervelet consécutif à otite purulente. Arch. méd. Belg., Bruxelles, 1883.

HOFFMANN. — Pathogénie des maladies du cerveau consécutives aux inflammations auriculaires, *Deutsche med. Wochen*, 7 mars 1889.

JAN. — Des complications de l'otite moyenne suppurée et de la trépanation mastoïdienne, Th., Paris, 1885.

JOURDANET. — Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites. Th., Lyon, 1891.

LELARGE. — Contribution à l'étude des lésions du cervelet. Symptomatologie et diagnostic, Th., Paris, 1884.

MARCHAND. — Abcès du cervelet consécutif à des otites sans perforation de la dure-mère. (Bull. Soc. Anat., p. 120 et 135, Paris, 1875).

MOURET ET CASEJUST. — Abcès du cervelet d'origine otique. (Bull. et Mém. Soc. Anat., Paris, décembre 1921).

POLITZER. — Traité des maladies des oreilles.

PROMPT. — Des accidents encéphaliques occasionnés par l'otite, Th., Paris.

ROBIN (Albert). — Des affections cérébrales consécutives aux lésions non-traumatiques du rocher et de l'appareil auditif. Th. d'agrégation, Paris, 1883.

ROBIN (Paul). — Essai sur les troubles psychiques consécutifs aux maladies de l'oreille. Th., Lyon, 1884.

SUNÉ Y MOLIST.— Notes cliniques sur les otites compliquées, *Revista de Lar. otol. rin.*, déc. 1887.

id. De la valeur pronostique de l'occipitalgie dans les otites suppurées, *ibid.*, déc. 1887.

SYDNEY SCOTT. — Abcès cérébelleux secondaire à une labyrinthite infectieuse associée à un œdème aigu inflammatoire du cerveau. « Soc. roy. méd. Londres », séance du 5 déc. 1908. Compte rendu in « Arch. intern. de Lar. oto. et rhino. », mai-juin 1909.

TOYNBEE. — Traité des maladies de l'oreille. Traduc. Darin. 1874.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 avril 1922.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
J. COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 avril 1922.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!